

# 国民健康保険資格取得届

大槌町長 殿

届出人	<input type="checkbox"/> 世帯主本人 <input type="checkbox"/> 世帯主以外の方 住 所: _____ 氏 名: _____ 世帯主との続柄: _____ 個人番号: _____ 電話番号:        —       —																
住所	〒       — 岩手県上閉伊郡大槌町 <div style="text-align: right;">電話       —       —</div>																
世帯主	氏 名				個 人 番 号												
	印																
取得する人の氏名等	氏 名		性 別	生 年 月 日				個 人 番 号				続 柄					
	1		男・女	年 月 日													
	2		男・女	年 月 日													
	3		男・女	年 月 日													
4		男・女	年 月 日														
5		男・女	年 月 日														
擬 制 世 帯	世帯主が国民健康保険の加入でない場合は、以下も記入して下さい。 世帯主の加入している保険の種類：国保組合・共済・健保・協会けんぽ・後期高齢																

**※ 必要添付書類：事業所から発行される健康保険資格喪失証明書**

※代理人が届ける場合は以下の委任状が必要です。

委 任 状					
代理人	氏 名			生年月日	
	住 所			連 絡 先	
委任内容	1 国民健康保険取得手続き				
大槌町長 殿 私は、上記の者を代理人とし、上記の権限を委任します。 年 月 日 <div style="text-align: right;">                     委任者 住 所 _____                      氏 名 _____ 印 _____                      代理人との続柄 _____                 </div>					

※必要添付書類：代理人の身分証明書（免許証等）